

HOJA DE TRABAJO PARA EVALUAR LA COLOCACION RESIDENCIAL NATURAL ASSESSMENT WORKSHEET FOR NATURAL RESIDENTIAL SETTING

Nombre del Beneficiario de SSI _____

NOTA: Si una persona vive con su cónyuge o es menor de edad viviendo con un padre legal, solo los servicios recibidos/necesitados cuando el cónyuge o padre está lejos de la residencia por motivos de trabajo (los cuales el cónyuge o padre está físicamente o mentalmente discapacitada de proveer) pueden tomarse en cuenta en las 40 horas requeridas (s. 49.77(3s)(b) 1 y 2).

APOYO DE CUIDADO EN CASA (Supportive Home Care-SHC)

Si la persona requiere la asistencia de otra persona en las áreas siguientes, escriba aproximadamente las horas por mes.

Cuidado de la Persona

- _____ 1. Comidas
- _____ 2. Cambio de posición en la cama
- _____ 3. Transferencia de la cama/silla de ruedas
- _____ 4. Uso del baño y/o control de la vejiga o intestino
- _____ 5. Movilidad personal
- _____ 6. Baños, arreglos/ Cambio de ropa
- _____ 7. Apoyo Médico

Relevo (Respite)

- _____ 8. Planear y proveer acceso a actividades de ocio.
- _____ 9. Finanzas/pago de facturas
- _____ 10. Acceso físico a cuidado médico
- _____ 11. Supervisión en el sitio de cuidado
- _____ 15. Relevo
- Otros**
- _____ 16. Otro (especifique)

Tareas

- _____ 12. Compras de alimentos/ preparación de comida/limpieza
- _____ 13. Tareas del hogar/lavandería
- _____ 14. Trabajo de patio/remover la nieve
- _____ **TOTAL DE HORAS MENSUALES**

ENTRENAMIENTO DE ABILIDADES PARA ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA (DLS)

Si la persona necesita entrenamiento en las áreas siguientes, escriba aproximadamente las horas por mes.

- _____ 1. Higiene personal, arreglos, y cambio de ropa
- _____ 2. Planear/preparación de comida/limpieza
- _____ 3. Actividades de lavandería
- _____ 4. Cuidado de la casa
- _____ 5. Manejo de presupuesto y/o uso del sistema bancario
- _____ 6. Comprando lo necesitado: comida/ropa
- _____ 7. Habilidades de socialización/actividades de ocio
- _____ 8. Desarrollo de un comportamiento sexual apropiado
- _____ 9. Habilidad de ser padre o madre/relaciones familiares
- _____ 10. Acceso a transporte público/privado
- _____ 11. Programa Birth to 3 para niños
- _____ 12. Apoyo médico
- _____ 13. Entrenamiento de consumidor
- _____ 14. Otro (especifique)
- _____ **TOTAL DE HORAS MENSUALES** _____

SI EL TOTAL DE HORAS NECESITADAS DE SHC Y ENTRENAMIENTO DE DLS SON 40 O MAS POR MES, LA PERSONA ES ELEGIBLE PARA SSI-E.